

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ  
“ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ”

# **ФАРМАКОТЕРАПІЯ І ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙНИХ ТА ПАРАЗИТАРНИХ ХВОРОБ**

**Матеріали Всеукраїнської  
науково-практичної інтернет-конференції  
інфекціоністів**

**(жовтень 2014 року)**

Тернопіль  
ТДМУ  
Укрмедкнига  
2014

анамнестично здорових донорів із Сумського обласного центру служби крові і трансфузіології віком ( $37,95 \pm 1,72$ ) року.

Основними скаргами при ушпиталенні були: нудота (86,4%), блювання (73,6%), біль у животі (100,0%), пронос до ( $9,65 \pm 0,57$ ) раз за добу (98,4%), слабкість (99,2%), підвищення температури тіла до ( $38,65 \pm 0,07$ ) °C (96,8%). З патологічних домішок у калі хворих при копрологічному дослідженні виявляли слиз (у 63,2% осіб), еритроцити (у 48,0%), лейкоцити (у 70,4%).

Вивчення мікробіоценозу товстої кишки здорових осіб вказувало на переважання нормальної кишкової мікрофлори: біфідобактерії ( $7,90 \pm 0,07$ ) lg КУО/г, лактобацили ( $7,75 \pm 0,10$ ), загальна кількість *E. coli* – ( $7,51 \pm 0,12$ ) lg КУО/г, інші умовно-патогенні мікроорганізми (УПМ) – ( $0,51 \pm 0,35$ ) lg КУО/г, гриби роду *Candida* – ( $0,35 \pm 0,24$ ) lg КУО/г, гемолізуювальні *E. coli* – відсутні.

У той же час при госпіталізації хворих на сальмонельоз відбувалось зменшення вмісту біфідобактерій, лактобацил і загальної кількості *E. coli* – відповідно ( $6,12 \pm 0,10$ ), ( $6,05 \pm 0,14$ ) і ( $6,53 \pm 0,10$ ) lg КУО/г. Спостерігали значне збільшення гемолізуювальної *E. coli* ( $1,20 \pm 0,09$ ) lg КУО/г, інших УПМ – ( $3,46 \pm 0,19$ ) lg КУО/г і грибів роду *Candida* – ( $2,75 \pm 0,16$ ) lg КУО/г ( $p < 0,05-0,001$ ). Крім цього виділяли стафілококи: золотистий у 17 осіб – ( $2,23 \pm 0,27$ ) lg КУО/г і з гемолітичною активністю у 13 – ( $1,46 \pm 0,18$ ) lg КУО/г.

Таким чином, у гострому періоді сальмонельозу відбуваються зміни мікробіоценозу товстої кишки, які проявляються зменшенням кількості біфідо- і лактобактерій, загальної кількості кишкової палички; збільшенням гемолізуювальної *E. coli*, інших УПМ і грибів роду *Candida*, появою стафілококів.

О.М. Чемич, М.Д. Чемич

## **КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА ЕТІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО САЛЬМОНЕЛЬОЗУ**

Університет, медичний інститут, м. Суми

Актуальність питання обумовлена достатньо високим рівнем захворюваності на сальмонельоз, можливістю виникнення внутрішньолікарняних спалахів, антибіотикорезистентністю збудників,

тяжкістю перебігу гастроінтестинальної форми, частотою формування хронічної патології шлунково-кишкового тракту.

Недуга має глобальне поширення, ріст захворюваності навіть в економічно розвинутих країнах. Незважаючи на значні досягнення при вивченні етіології та епідеміології бактерійних кишкових інфекцій, у тому числі й сальмонельозу, проблема, пов'язана з поширенням цих захворювань, залишається значущою. У сучасних умовах відбуваються зміни епідемічного процесу, біологічних властивостей збудників, клінічних проявів недуги.

Мета роботи – виявити клінічні, епідеміологічні та етіологічні особливості сучасного сальмонельозу.

Здійснено загальноклінічне обстеження; збір епідеміологічного анамнезу; бактеріологічне дослідження калу 125 хворих на сальмонельоз, ушпиталізованих на  $(2,36 \pm 0,10)$ -ий день від початку захворювання у СОІКЛ імені З.Й. Красовицького. Середній вік пацієнтів склав  $(43,97 \pm 1,56)$  року, переважали чоловіки (79 осіб, 63,2%).

Серед клінічних варіантів сальмонельозу переважали гастроентеритний (41,6%) і гастроентероколітний (40,0%), ентероколітний зустрічався у 2,5 разу рідше (16,0%), а гастритний і ентеритний – у поодиноких випадках (1,6 і 0,8% відповідно). Усі особи мали середньотяжкий перебіг недуги.

Захворювання обумовлювали два провідних серовари сальмонел: *S. enteritidis* і *S. typhimurium*, на їх частку припадало 67,2 і 32,0% в етіологічній структурі. Один випадок недуги встановлено клінічно. При аналізі річної динаміки госпіталізації хворих на сальмонельоз було виявлено чітку весняно-літню сезонність. Найбільше пацієнтів ушпиталізовано у серпні, а початок зростання звернень – у квітні. Це, очевидно, пов'язано з активізацією провідного аліментарного шляху передавання при сальмонельозі, спричиненому *S. enteritidis*. Цьому також може сприяти більш інтенсивне накопичення сальмонел у харчових продуктах при оптимальних температурних умовах навколишнього середовища. Факторами передавання, на які вказували обстежені, були яйця птиці (40,8%), м'ясо і рибопродукти (40,8%), молокопродукти (36,8%) тощо.

При об'єктивному обстеженні хворих виявляли біль у животі (98,4%), ознаки зневоднення (82,4%), збільшення

печінки до  $(1,94 \pm 0,12)$  см (35,2%), підвищення температури тіла до  $(37,97 \pm 0,09)^\circ\text{C}$  (96,0 %). При копрологічному дослідженні у калі хворих виявляли слиз (у 63,2%), еритроцити (у 48,0%), лейкоцити (у 70,4%).

Відбувались зміни інтегративних показників ендогенної інтоксикації: підвищення лейкоцитарного індексу інтоксикації до  $5,14 \pm 0,38$ , гематологічного індексу інтоксикації до  $6,57 \pm 0,56$ , індексу зсуву лейкоцитарної формули до  $4,25 \pm 0,27$  і зниження лімфоцитарного індексу до  $(0,27 \pm 0,02)$  ( $p < 0,001$ ). Також спостерігали згущення крові – гемоглобін  $(140,43 \pm 1,53)$  г/л, гематокрит  $(0,410 \pm 0,004)$  л/л.

Отже, на сальмонельоз страждають переважно чоловіки працездатного віку. Провідними збудниками є *S. enteritidis* і *S. typhimurium*. Факторами передавання сальмонел є яйця птиці, м'ясо і рибопродукти, молокопродукти. Основна клінічна форма – гастроінтестинальна з переважанням гастроентероколітного і гастроентеритного варіантів середньої тяжкості. Клінічна симптоматика типова і супроводжується порушеннями інтегративних показників ендогенної інтоксикації, згущенням крові, наявністю патологічних домішок у калі.

*Л.І. Чернишова, А.М. Гільфанова, А.В. Бондаренко,  
С.А. Якимович, О.В. Рабош, В.В. Яновська, Т.Г. Глушкевич*

## **ПНЕВМОКОКОВА ІНФЕКЦІЯ – УСЕ ПОЧИНАЄТЬСЯ З НАЗОФАРИНГЕАЛЬНОГО НОСІЙСТВА**

Національна медична академія  
післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,  
Київська міська дитяча клінічна лікарня №1,  
ДЗ “Український центр контролю та моніторингу  
захворювань МОЗ України”, м. Київ

*S. pneumoniae* є однією з головних причин таких інвазивних захворювань, як пневмонія, гнійний менінгіт, бактеріємія, а також гострого середнього отиту, синуситу та інших недуг різної локалізації в усіх вікових групах у всьому світі (Т. Farha, А.Н. Thomson, 2005; CDC, 2010). Першим кроком у розвитку